

Année 1930

THÈSE

N°

408

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Jean GRENET

Né le 26 Juin 1899, à Guéret (Creuse)

Contribution à l'Etude
DES PARALYSIES GÉNÉRALES
sans Syndrome Humoral

Président: M. le Professeur Henri CLAUDE

PARIS
LIBRAIRIE M. LAC
EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince. 26, PARIS (VI^e Arr.)

1930

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Jean GRENET

Né le 26 Juin 1899, à Guéret (Creuse)

Contribution à l'Etude
DES PARALYSIES GÉNÉRALES
sans Syndrome Humoral

Président : M. le Professeur Henri CLAUDE

PARIS
LIBRAIRIE M. LAC
EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince. 26, PARIS (VI^e Arr.)

—
1930



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
I. — Professeurs	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET
Clinique médicale	{ CARNOT
	{ BEZANÇON
	{ ACHARD
	{ MARCEL LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	{ D ELBET
	{ HARTMANN
	{ LEJARS
Clinique ophtalmologique	{ GOSSET
Clinique urologique	{ TERRIEN
	{ LEGUEU
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE
	{ BRINDEAU
Clinique gynécologique	{ JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	{ J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique médicale	{ OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	{ VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale	{ SEBILEAU
Clinique propédeutique	{ Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose	{ SERGENT
Professeur sans chaire	{ Léon BERNARD
	{ MAUCLAIRE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.	CHABROL	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	CHEVALLIER	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	de GAUDARD d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
BENARD	Pathologie chirurgicale.	DOGNON	Physique.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	DONZELOT	Pathologie médicale.
BROCO	Pathologie chirurgicale.	ÉCALLE	Obstétrique.
BRULE	Pathologie médicale.	FEY	Urologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	GARNIER	Pathologie expérimentale
CATHALA	Pathologie médicale.	GASTINEL	Bactériologie.
		GATELLIER	Pathologie chirurgicale

MM.

GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBE HENRI.	Chimie biologique.
LAROCHE....	Pathologie médicale.
LEMAIRE....	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX.....	Anatomie pathologique
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MERCIER (F).	Pharmacologie.
MILLOT.....	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.

MM.

MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	(Pasteur)..... Pathologie médicale.
VAUDESCAL..	Obstétrique.
VEUTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie
RETFERER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI.....	Clinique médicale.
CHIRAY.....	— —
DEBRE.....	— —
DUVOIR.....	— —
FIESSINGER....	— —
LAIGNEL-LAVASTINE	— —
LERI.....	— —
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
BASSET.....	— —

MM.

CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	— —
MATHIEU.....	— —
MOCQUOT.....	— —
PROUST.....	— —
SCHWARTZ.....	— —
LE LORIER.....	— —
LEVY-SOLAL...	Clinique obstétricale.
METZGER.....	— —

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.
WEILL-HALLE.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Bien faible témoignage de mon
affection.

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

*Professeur à la Clinique des maladies mentales
et des maladies de l'encéphale*

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LIMOGES

A MON MAITRE A L'ASILE DE NAUGEAT-LIMOGES,

DOCTEUR A. CALMETTE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES ASILES DE LA SEINE

INTRODUCTION

Quelques auteurs ont relaté, dans le courant de ces dernières années, des cas assez nombreux de Paralyse générale avec un syndrome clinique classique contrastant avec des réactions humorales totalement négatives ou tout au moins très atténuées.

Un certain nombre d'entre eux se demandaient d'ailleurs si le diagnostic de Paralyse Générale devait être conservé et les discussions qui suivirent ces différents exposés montraient bien l'hésitation assez naturelle des psychiatres devant de tels cas où la clinique et le laboratoire sont en désaccord absolu.

Pour certains, la preuve catégorique que de tels cas peuvent exister ne pouvait être fournie que par l'examen du cerveau et par des coupes anatomiques après une observation prolongée du malade dans un service.

Nous avons pensé qu'il pouvait être utile de rapporter dans notre travail inaugural un cas de ce genre où la preuve anatomique a pu être faite par examens de coupes.

Nous diviserons ce travail en trois parties :

1° Exposé d'ensemble avec quelques cas relatés devant

les différentes sociétés neuro-psychiâtriques et indication des différents avis qui furent émis dans les discussions qui suivirent ces exposés ;

2° Observation clinique du malade observé dans le service de la clinique des maladies mentales. Exposé des résultats du laboratoire. Résultats anatomiques et histologiques ;

3° Dans une dernière partie, nous exposerons comment, à une malade présentant un syndrome de Paralyse Générale, malgré les résultats biologiques négatifs dans le liquide céphalo-rachidien, nous avons appliqué la thérapeutique qui a donné des preuves dans le cas de Paralyse Générale avérée, et le résultat, obtenu à la suite de ce traitement.

Qu'il nous soit permis de remercier Monsieur le Professeur Henri CLAUDE pour la façon dont il a bien voulu nous accueillir dans le service de la Clinique des maladies mentales ainsi que son distingué chef de clinique, Monsieur le Docteur MORLAAS, qui a bien voulu nous éclairer de ses conseils.

PREMIÈRE PARTIE

Depuis déjà longtemps les avis sont très partagés au sujet de la valeur du syndrome humoral de la Paraly-sie Générale. Chacune même des réactions qui consti-tuent ce syndrome a pu être acceptée par les uns et com-battue par les autres.

Doit-on l'accepter comme un dogme infaillible ou doit-on le rejeter, lorsque, après des examens répétés, il se trouve en désaccord par trop flagrant avec le syndrome clinique ? Les opinions varient et M. TARGOWLA l'a bien reconnu : « bien que l'intérêt, a-t-il écrit, de l'étude des symptômes humoraux du liquide céphalo-rachidien ne soit guère contestée, les opinions sur leur valeur séméio-logique sont loin d'être concordantes. Certains auteurs leur accordent une valeur absolue, en ce sens qu'absents, ils doivent faire rejeter le diagnostic de la maladie de BAYLE. D'autres estiment qu'ils peuvent manquer ».

Dès 1913, M. SICARD affirmait « que la réaction de « Bordet-Wassermann négative permet d'infirmier de « façon absolue le diagnostic de Paraly-sie Générale. Sou-« tenant ce même point de vue à la réunion du cente-« naire de la thèse de BAYLE, lors de la discussion du

« rapport de M. PACTET ». Il est donc possible de dégager de ces recherches humérales un corollaire annexe d'une importance capitale dans le diagnostic de la Paralyse Générale chez tout sujet suspect d'être atteint de la maladie de BAYLE et dont le liquide céphalo-rachidien présente une réaction de Bordet-Wassermann négative ».

Cette opinion si catégorique est encore soutenue par la plupart de ses élèves, et nous trouvons ces lignes dans le travail inaugural d'HAGUENAU : « Nous pensons montrer que l'on peut définir un véritable syndrome humoral de la Paralyse Générale : permanent dans la maladie, sans le secours duquel il n'est plus possible d'affirmer son existence et en l'absence duquel il n'est plus possible de confirmer de diagnostics de Paralyse Générale ».

Tous les auteurs ne sont pas de cet avis et beaucoup d'entre eux ont été troublés devant ces cas où le diagnostic du laboratoire ne vient pas confirmer l'observation clinique du malade.

« S'il peut exister, dit M. LHERMITTE, des cas légitimes de Paralyse Générale avec réactions négatives, ce sont là d'incontestables exceptions ».

Ces cas sont peut-être des exceptions. Néanmoins, au cours de ces dernières années, nous les avons vu se multiplier devant les différentes sociétés neuro-psychiâtriques, et les différents avis émis sur ce sujet semblaient bien prouver, ainsi que le dit M. DUPOUY que « de tels malades se voient plus fréquemment qu'on ne penserait et posent pour le clinicien un problème difficile à résoudre ».

dre, tant au point de vue clinique qu'au point de vue biologique. Souvent l'évolution extérieure apporte des signes nouveaux et dément le diagnostic de Paralyisie Générale qu'on aurait été tenté de porter. Mais il est des cas où l'observation prolongée n'apporte aucune infirmation du diagnostic clinique et chez lesquels il faut, ou bien penser à une endartérite syphilitique type Nissl-Alzheimer, ou bien conclure à un syndrome paralytique sans signes humoraux ».

Pour M. DEDIEU-ANGLADE, on peut observer des malades qui présentent un syndrome démentiel à évolution rapide, à un âge pas assez avancé pour qu'on puisse penser à une démence sénile et qui se rapproche davantage du type de la démence paralytique que de celui de la syphilis cérébrale, sans hyperalbuminose, sans lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, et à l'autopsie on trouve les méninges molles sans lésions ni macroscopiques, ni microscopiques, tandis que la substance cérébrale présente des lésions caractéristiques des Paralyxies Générales.

Il semble, dit-il par ailleurs, « que la discussion et « la mise au point de nos connaissances sur la P. G. « aient eu pour résultat de susciter de nouvelles réflexions « sur cette maladie et d'aviver le besoin d'éclaircir quelques-unes des obscurités encore trop nombreuses ».

GUIRAUD signale qu'une ponction lombaire négative n'élimine pas absolument le diagnostic de Paralyisie Générale et étudiant les formes atypiques de la syphilis encéphalique, il ouvre cette parenthèse : « Nous ne tenons compte que des cas avec atteinte du liquide cépha-

lo-rachidien ; le problème serait plus intéressant mais trop difficile si on considérait les maladies mentales où le rôle étiologique de la syphilis peut être soupçonné, mais non démontré ».

M. le Professeur CLAUDE voulait bien ouvrir la discussion en disant qu'il lui paraîtrait intéressant « que les cas revêtant les allures classiques de la P. G., mais ne comportant pas le syndrome humoral fussent présentés dans des sociétés et soumis à des observateurs compétents pendant toute la durée de leur évolution et si un jour, des réalisations anatomiques survenaient, que les pièces fussent soumises à ce même groupe d'observateurs qui étudiera la lésion ».

Les opinions diffèrent donc beaucoup, mais malgré tout, de plus en plus nombreux sont les cliniciens, pensons-nous, qui font des réserves au sujet de l'infailibilité des procédés de laboratoire.

Que ces procédés de laboratoire aient une valeur incontestable dans l'étude de la Paralyse Générale, nous en sommes certain, mais nous pensons que dans les cas douteux le laboratoire n'apporte pas toujours la certitude que nous étions en droit d'attendre de lui.

Nous allons rapporter maintenant quelques observations présentées dans le cours de ces dernières années. Nous ne ferons que citer pour montrer à quel point ces discussions sont anciennes les communications d'ACHARD et GRENET en 1903 ; d'ACHARD et DEMANGE en 1906 ; de Gilbert BALLET en 1910 ; de JOFFROY et DUPOUY en 1910.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(M. J. Cuel), du *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*

Mme L..., âgée de 43 ans, est entrée à l'Asile de Villejuif (Service du docteur Trénel) en juin 1922, venant de l'hôpital Tenon avec le certificat suivant :

Est atteinte de paralysie générale, à la phase démentielle. Elle est dans un état d'indifférence absolue avec inconscience de sa situation. Euphorie béate, rires stéréotypés et non motivés. Eléments délirants constitués par l'idée qu'elle est chanteuse émérite et qu'elle doit s'engager à l'Opéra.

A l'Asile, complètement désorientée, elle déclare qu'elle est toujours à Tenon. Elle a 25 ans. L'année 1898.

Elle a de riches vêtements, de belles robes, de beaux chapeaux.

L'examen physique montre une rigidité pupillaire complète, du tremblement de la langue, une difficulté certaine à prononcer les mots d'épreuve.

Réflexes tendineux normaux. Déformation rachitique du thorax.

Le mari de la malade fournit les renseignements suivants :

Mme L..., mariée en 1908, a fait sans cause appréciable trois fausses couches de 2 à 3 mois pendant la première année de son mariage. Enceinte de nouveau en 1915, elle accoucha à 7 mois d'un enfant vivant.

Une sœur de la malade a été internée à la Salpêtrière en 1908 et se trouve actuellement à Vacluse.

Mme L..., bonne travailleuse et ménagère soigneuse, aurait été parfaitement normale jusqu'au début de 1922. Vers cette époque on remarque des changements importants et assez rapides dans ses façons d'être. Elle délaisse complètement son intérieur, cesse de s'occuper de son ménage et de son enfant, elle fait des dépenses absurdes, se confectionne des vêtements ridicules, raconte à son mari et à ses voisins qu'elle a gagné des sommes fabuleuses et va les distribuer à ses amis et connaissances.

Le mari, alarmé de ces excentricités de plus en plus fâcheuses, se décide à consulter un médecin, qui envoie aussitôt la malade à l'Hôpital Tenon, où elle reste 37 jours avant d'être transférée à Sainte-Anne.

Pendant les premiers mois de son séjour à l'Asile, l'état de la malade se modifie peu. Elle ne manifeste aucune activité coordonnée, demeure absolument indifférente à ce qui se passe autour d'elle, ne s'inquiète jamais de son mari. Elle énonce de temps à autre des idées absurdes de grandeur. Son état général est médiocre. Gâtisme par intermittence.

En mai, apparaissent des idées de négation corporelle. Elle refuse de s'alimenter, déclarant que sa gorge est barrée par des fils de fer, que ses dents s'entrechoquent. Elle n'a plus de bouche. Ses yeux sont tout petits. Elle n'a même plus d'yeux du tout. Son cœur ne bat plus.

Très résistante aux examens elle refuse souvent d'engager la conversation. Elle passe des jours entiers inerte dans un fauteuil sans manifester aucune spontanéité. Lorsqu'on l'interpelle par son nom elle répond : Je ne sais pas. Où vous voyez une Mme L..., il n'y a plus rien ; et une autre fois : C'est mon sosie qui est ici, moi je suis à l'amphithéâtre.

Actuellement les idées de persécution persistent et sont même devenues plus générales ; les idées de grandeur, de satisfaction, de richesse ne sont plus jamais manifestées. Depuis quelques semaines la malade est moins apathique, plus facilement abordable. Elle n'a plus de corps, elle est un semblant de chair ; elle ne vit pas, on est mort avant d'être au monde.

On lui demande où elle est : « Ici il n'y a plus rien, il n'y a plus de saison. La pierre n'existe pas... Il n'y a que la nuit et le néant. Ce qu'on lui montre ce sont des semblants de personnes, des chiqués d'objets. De temps en temps, pour de courts moments, par surprise ou par insistance, on parvient à lui faire quitter cette attitude négatrice. On s'aperçoit alors qu'elle conserve plus de contact avec la réalité qu'il ne paraît au premier abord.

Un jour elle donne exactement le nom du médecin. Elle explique que ce n'est qu'un sosie : c'est une personne qui vous ressemble.

Elle réussit de petites opérations très simples de calcul, des additions et des soustractions, mais elle échoue devant la moindre complication.

Il ne paraît pas y avoir jamais eu d'hallucinations.

L'écriture un peu incertaine manque de fermeté, sans rien de caractéristique. L'examen physique montre à peu près les mêmes résultats qu'en 1922. Les pupilles sensiblement égales et un peu irrégulières sont complètement insensibles à la lumière. Il n'existe aucune dysarthrie, ni dans la parole spontanée, ni dans la lecture, ni dans les mots d'épreuve. Quelques-uns de ceux-ci, particulièrement difficiles, sont parfois prononcés d'une façon incorrecte, mais plutôt semble-t-il par inattention et sans que ces fautes présentent les caractères de la dysarthrie paralytique.

Les réflexes tendineux sont normaux, les réflexes plantaires en flexion bilatérale.

Pas de troubles de la sensibilité ; aucun phénomène aphasique, même transitoire. Pas d'ictus ni de crises convulsives. Gâtisme presque constant.

Le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien de cette malade ont été examinés à sept reprises différentes et par des techniques variées. Elles ont donné les résultats suivants :

Dans le sang la réaction de Bordet-Wassermann au sérum chauffé, toujours négative.

La réaction de Hecht au sérum non chauffé : partiellement positive (H2).

Dans le liquide céphalo-rachidien : réaction de Wassermann et réaction du benjoin colloïdal toujours négatives, ainsi que la réaction de Pandy.

La quantité d'albumine (albuminimètre de Sicard) a varié de 0,15 à 0,22.

A la cellule de Nageotte, on a compté, suivant les ponctions, 1 à 4, 5-4,5 éléments par mm³.

Ajoutons qu'un traitement antisypilitique (bismuth et novarsenobenzol) poursuivi régulièrement pendant plusieurs mois paraît n'avoir exercé aucune influence sensible sur l'état de cette malade.

M. CUEL discute le cas de cette malade devant l'imprégnation syphilitique certaine et malgré les réactions humorales négatives. Il incline plutôt à admettre chez elle l'évolution d'une forme particulière et relativement assez rare de syphilis cérébrale diffuse, de cette endovascularite des petits vaisseaux du cortex décrite par NISSL, par ALZHEIMER, par Jack JAKOB et tout récemment par URÉCHIA et ELEKES, et dans laquelle les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien sont presque toujours négatives. Il reconnaît que les idées de négation corporelle sont assez classiques dans la Paralyse Générale et peut conclure qu'il arrive non pas à une certitude mais à une hypothèse qui est la plus satisfaisante de celles envisagées et qu'un examen anatomique seul pourrait confirmer ou détruire sans réplique.

Dans la discussion qui suivit, M. COLIN dit qu'il avait un malade analogue chez lequel le diagnostic de Paralyse Générale avait été fait par M. LUERMITTE et par lui-même avec un liquide céphalo-rachidien normal.

OBSERVATION II

M. Desport, Service de M. Pactet, du *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale* (18 février 1924)

R... Edmond, ajusteur-mécanicien, âgé de 42 ans, entre le 19 janvier 1924, par voie de placement volontaire, à l'Asile de Villejuif, dans le service de M. le docteur Pactet. Il est accompagné du certificat médical suivant : « Présente un affaiblissement psychique très accusé, des troubles nets portant tant sur ses fonctions mentales, paroles, etc... que sur ses fonctions végétatives et qui nécessitent des soins et une surveillance de tous les instants qui ne peuvent être assurés par la famille, de l'incohérence, une tendance à la violence, troubles attribuables à la paralysie générale progressive (bien que la réaction de Bordet-Wassermann soit négative dans son sang et dans son liquide céphalo-rachidien... »

A son entrée dans le service on note chez R..., au point de vue mental : une attention difficile à éveiller et à fixer, de la désorientation dans le temps et dans l'espace, une grosse dysmnésie, une inconscience complète de son état morbide. Son jugement est très troublé. Il manifeste quelques préoccupations hypocondriaques, portant surtout sur la sphère physique. Il ne présente aucune idée délirante ni aucun trouble sensoriel.

Il est indifférent. S'il parle parfois des siens, s'il demande souvent sa sortie, on sent néanmoins que sa sensibilité est très émoussée.

Dans le quartier où il passe tout son temps couché, il lit ou ne fait rien. Lorsque nous le prions d'écrire, les quelques lignes que nous lui dictons sont reproduites très lentement et avec peine et décèlent de gros troubles psycho-graphiques et calligraphiques. Dans la conversation courante on remarque des hésitations et par instants du bredouillement. Les phrases d'épreuve mettent encore plus en évidence des troubles d'articulation.

R... est en bon état physique, son visage est coloré. Il reste calme au lit. Ce qui frappe lorsqu'on l'examine c'est un certain relâchement des muscles de la face. On remarque quelques trem-

blements fibrillaires au niveau de l'orbiculaire des lèvres, tremblements qui s'accroissent lorsqu'il veut parler. Les doigts, les mains, les avant-bras tremblent aussi. Il en est de même des muscles de la langue.

Lorsqu'il est debout, R... tient les pieds écartés ; il est cependant capable de joindre les talons et de se maintenir en équilibre. L'équilibre sur une jambe est difficile. L'occlusion des yeux ne provoque pas de chute. La marche s'effectuait mal au début ; R... craignait de ne pas pouvoir marcher. Ultérieurement ces troubles se sont considérablement améliorés. L'arrêt brusque, le demi-tour au commandement s'exécutent convenablement. R... marche seulement un peu courbé en avant et les bras écartés du corps.

La force musculaire semble être égale des deux côtés. Il n'existe pas de troubles d'origine cérébelleuse.

Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs au niveau des quatre membres. Il n'a ni clonus du pied ni clonus de la rotule. Les réflexes cutanés existent.

Il y a quelques troubles des sensibilités superficielles surtout au tact. Cette recherche est rendue difficile par suite du gros affaiblissement intellectuel que présente le malade. La même remarque s'applique en ce qui concerne la recherche des sensibilités profondes. R... identifie facilement les objets placés dans ses deux mains.

L'examen de l'appareil visuel permet de constater quelques mouvements nystagmiformes lorsque le malade regarde fortement en dehors. R... n'a pas d'inégalité pupillaire, ses pupilles sont moyennement dilatées. Leur contour est régulièrement circulaire. Le réflexe à la lumière est paresseux à droite, très faible à gauche. L'accommodation se fait mal. L'examen du fond d'œil pratiqué à Sainte-Anne a montré que les pupilles étaient normales.

R... présente enfin de l'incontinence du sphincter anal. Il est totalement impuissant depuis plusieurs mois. L'examen des urines a été négatif.

Le certificat immédiat, fait le 20 janvier 1924, confirma les constatations précédentes. Le même jour l'examen du liquide céphalo-rachidien nous donne les renseignements suivants : liquide sortant goutte à goutte de l'aiguille à ponction lombaire, 0 gr. 22 au

Sieard, 5 lymphocytes par mm³, réaction de Guillain négative ; 00000.2222.000000. La réaction de Bordet-Wassermann faite à l'Institut Pasteur fut négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

La femme du malade, interrogée le 20 janvier 1924, donna les renseignements suivants :

Vers le milieu de juillet 1922, son mari a commencé à se plaindre d'être fatigué ; il éprouvait de la lassitude « dans les bras, dans les jambes, partout ». Il allait quand même à son atelier, mais il disait tout le temps : « Je suis fatigué ». Depuis le mois de septembre 1922, il se plaignait de souffrir de la tête. Le matin, dès qu'il mettait pied à terre, il vomissait, sans faire d'effort ni tousser, un liquide jaunâtre. Il est vrai qu'il buvait deux litres de vin par jour. Avant la guerre il buvait beaucoup d'absinthe. Ces vomissements ont cessé lorsqu'il s'est alité (en août 1923). Il ne s'est jamais plaint d'étourdissement. Il ne présentait pas de troubles de la marche à ce moment-là. Vers novembre 1922, on a remarqué qu'il était devenu maladroit, il faisait un travail de précision. On l'a gardé quand même parce qu'il avait été un bon ouvrier. Au commencement de mars 1923 il trébuchait facilement s'il rencontrait un petit obstacle, un caillou. « Il flageolait sur ses jambes ». Cette difficulté augmenta progressivement et, à la suite d'une ponction lombaire, faite en novembre 1923, il n'a plus pu marcher. Lorsqu'il se mettait debout il se courbait et, brusquement, sans faire de mouvement pour marcher, il s'effondrait. Un jour où il était resté seul chez lui, sa femme l'a trouvé à terre dans la salle à manger, inondé par le liquide d'une lessiveuse qu'il a renversée ; il n'a pas pu dire depuis combien de temps il était là. Il n'a jamais eu de perte de connaissance ni de paralysie. Pas d'accès épileptiforme. Jamais de déviation de la bouche. Pas de strabisme. Il y a trois ans il eut une rétention d'urine qui nécessita cinq sondages et disparut. Au mois de mars 1923, il fut de nouveau sondé deux fois parce qu'il éprouvait des difficultés à uriner. Il n'eut jamais de douleur fulgurante. Depuis un an il fallait qu'il se masse les jambes, « ça lui faisait de grosses boules ». Les troubles de la parole ont débuté il y a un an environ et ont été en s'accroissant. Il est complètement alité depuis le mois d'août

1923, il s'est alité à la suite d'un tour de reins. Il a travaillé encore une journée et a dit qu'il ne pouvait pas continuer parce qu'il souffrait trop des reins. Il fit 18 mois de front puis vint chez Renault. Une blessure pendant la guerre. N'a jamais eu de maladie.

M. DESPORT conclut :

Les troubles démentiels (affaiblissement intellectuel global) et physiques (troubles pupillaires et dysarthrie, etc...) observés chez R..., l'absence de réaction humorale nous autorisent à porter le diagnostic de « syndrome paralytique sans réaction humorale ».

OBERVATION III

Mlle Serin, service de M. Henri Colin, du *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale* (18 février 1924)

Mme P... est une vieille syphilitique, traitée, dont les troubles neurologiques sont ceux d'une paralytique générale, mais dont les réactions humorales sont négatives et qui présente un affaiblissement intellectuel sensible, avec cependant une certaine conservation de la mémoire et de l'activité.

Mm P... vend de la volaille sur les marchés, s'est mariée à 25 ans, est âgée maintenant de 47 ans. Elle a eu, au début de son mariage deux enfants morts en bas âge. Son éducation s'est trouvée très négligée du fait de la mort prématurée de ses parents. Elle ne sait pas écrire, lit mal, mais compte relativement vite et bien.

Normale jusque là, en juin 1922 elle a eu une maladie sur laquelle ni elle ni son mari ne peuvent nous donner beaucoup de détails ; pendant trois mois elle est restée au lit, dormant beaucoup ; elle n'a pas été paralysée, n'a pas perdu connaissance. On a parlé, nous dit le mari, d'encéphalite léthargique. Depuis, elle est devenue apathique, inerte, puérile, incapable de tout travail, ne s'occupant plus de son ménage, à peine de sa personne. Elle pleure et rit facilement, se met dans des colères absolument pué-

riles, peu motivées, vite calmées ; elle ne s'est jamais perdue dans la rue, n'a jamais fait de fugue. Mais à deux reprises elle a volé de l'argent à son mari qui, très bon avec elle, ne la laissait pourtant manquer de rien. Elle n'a d'ailleurs pas utilisé cet argent ; elle l'avait perdu quand son mari s'est aperçu du larcin et elle n'a pas su dire pourquoi elle l'avait pris.

A Sainte-Anne, où on se décide à l'amener, au mois de septembre 1923, elle est, au premier examen, présente, bien orientée, répond de bonne grâce et assez correctement. Elle sait son âge, la date de sa naissance. Elle est capable de faire de tête des calculs simples : par exemple de savoir le prix de quatre poulets à 24 francs chacun. D'une humeur très instable, elle pleure et rit bruyamment, niaisement sans motif sérieux. Elle ne semble pas avoir d'idée délirante.

Les pupilles très inégales ne réagissent pas. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Les doigts et la langue sont animés d'un léger tremblement. Enfin la parole de Mme P... présente de temps en temps quelques accroc, et elle prononce mal les mots d'épreuve.

Son mari nous apprend qu'elle a contracté la syphilis il y a une vingtaine d'années, que l'examen du sang a révélé un Wassermann positif et qu'elle a subi il y a deux ans un traitement antispécifique. Elle n'a jamais eu de vertige, n'a jamais été paralysée. Elle ne boit pas ; elle n'a jamais eu d'autre maladie que cette soi-disant encéphalite léthargique sur laquelle, nous dit son mari, le médecin traitant n'a jamais été très affirmatif.

La ponction lombaire qui donne issue à un liquide extrêmement hypotendu, révèle un Guillain faiblement positif et l'absence d'hyperalbuminose et de réaction lymphocytaire.

Dans le service, Mme P... se montre douce et docile, mais ne prend aucune initiative. Il faut lui commander de faire sa toilette pour qu'elle y pense. Puérile, elle pleure pour un objet qu'on lui refuse, rit sans motif, joue avec une poupée de chiffons qu'elle affectionne beaucoup. Elle aide un peu les infirmières dans le service, mais on ne peut lui confier que des besognes très simples, où elle a encore besoin d'être continuellement guidée. Ses colères vite soulevées durent peu. Un jour elle s'est battue avec une malade qui s'amusait à la taquiner.

Elle dort bien, mange gloutonnement, est gâteuse. Son affectivité n'est pas aussi atteinte que son intelligence, elle s'inquiète de son mari, pleure en pensant à lui, réclame sa sortie, manifeste une joie très grande lorsque son mari demandant à la reprendre, on lui rend sa liberté.

Elle nous revient en novembre, deux mois après sa sortie, son mari frappé brusquement d'hémiplégie, étant soigné à Necker et elle, se montrant absolument incapable de se suffire. Elle avait cependant, sous la direction de son mari, pu aider aux ventes, mais privée de direction elle devenait incapable de s'occuper d'elle-même. Depuis, elle est dans le service de l'Admission, où son état est resté absolument le même

Mademoiselle SERIN conclut :

Nous nous trouvons donc en présence d'une syphilitique présentant de la dysarthrie, une inégalité et une inertie pupillaires nettes, des réflexes exagérés, du gâtisme, mais sans réaction lymphocytaire et sans hyperalbuminose. Cette malade n'a jamais eu d'ictus, n'a pas été paralysée. Son affaiblissement intellectuel se manifeste surtout par une sorte de puérilité, par de l'indifférence, de l'apathie, plus que par des troubles de la mémoire. Elle n'a pas d'idées délirantes.

On doit penser à une syphilis cérébrale ou à une paralysie générale, mais le diagnostic en paraît assez délicat, surtout en l'absence de réaction humorale.

OBERVATION IV

Syndrome paralytique très accusé avec syndrome, par M. Roger Dupouy, M. Paul Schiff et Mlle Jeanne Réquin, *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale* (mars 1924).

Il s'agit d'un homme de 45 ans, qui est entré dans le service il y a six semaines avec des symptômes d'agitation confusionnelle.

Le début des troubles remonte, d'après la famille, à quatre mois environ. Le malade se plaignait à ce moment de crampes dans les jambes, sa parole était devenue embarrassée, il oubliait les commissions qu'il avait à faire, une impuissance sexuelle complète s'était installée, le travail habituel lui était devenu de plus en plus difficile. Il finit par l'interrompre vers la mi-décembre 1923. Au début de juillet 1924, le malade entre assez brusquement dans une phase d'excitation, il ne reconnaît pas son entourage, devient turbulent, puis violent et après quelques jours fait une crise d'hémiplégie droite (peut-être avec paraphrasie légère pendant quelques heures (attaque qui avait été immédiatement précédée de secousses dans le bras droit. Une hémiparésie nette surtout aux membres supérieurs succède à l'hémiplégie et persistait à son entrée dans le service de prophylaxie mentale où il est envoyé après un court séjour à l'hôpital Beaujon.

La famille nous donne sur son passé les renseignements suivants:

Il a souffert d'asthme il y a une dizaine d'années, il a exercé pendant 20 ans la profession de peintre en bâtiments mais n'a jamais présenté de signes quelconques de saturnisme. Il ne travaille plus à la céruse depuis de longues années. Un élément d'intoxication est certain : l'alcool. Le malade est un grand buveur et ses habitudes éthyliques ont empiré depuis la fin de la guerre. Il consomme jusqu'à trois litres de vin par jour. Mobilisé dès le début, il a été blessé au crâne en 1916, dans la région occipitale et a été trépané quinze jours après la blessure. Ce qui est certain, c'est qu'il a été envoyé à son corps quelques mois après cette opération et qu'il a fait le reste de la campagne sur le front sans difficulté. Durant les permissions, l'entourage n'a jamais rien

remarqué d'anormal dans son psychisme. A la paix il n'a jamais voulu demander de pension, estimant « qu'il ne pouvait perdre des journées de travail à attendre dans les bureaux ».

Son amie ignore s'il a eu des maladies vénériennes. Elle le trouve un peu changé, bizarre, depuis un an ou deux.

Il vit en ménage depuis dix ans, avec une veuve qui avait eu quatre enfants de son mari ; mais lui-même, sans pratiques malthusiennes et malgré une vie sexuelle très active, jusqu'il y a tout récemment, n'a jamais eu de progéniture. Il n'a jamais manifesté d'idées de jalousie, de persécution ou d'indignité.

Le malade présente à son entrée un syndrome de démence paralytique : affaiblissement global des facultés intellectuelles, perte de la mémoire, indifférence complète pour sa situation, désorientation dans l'espace et dans le temps. Impossibilité de faire le calcul le plus simple et de façon générale de fixer son attention.

Dans l'interrogatoire on obtient souvent des réponses incohérentes. Seuls gardent quelque vivacité des souvenirs d'ailleurs incontrôlables de sa blessure et de l'attaque à laquelle il a pris part ce jour-là.

Son caractère habituel est celui d'une euphorie légère et niaise. Le malade est en général très docile, il n'est pas irascible, mais il fait preuve d'une agitation motrice incessante, se levant sans cesse de son lit et se recouchant, mettant sa literie en désordre. Sa turbulence est surtout nocturne mais il n'aboutit pas à des violences contre les voisins et le personnel. Il a eu à quelques reprises des phases d'origine diurne, peut-être même d'hallucinations.

Le malade est gâteux, il fait de la coprophagie, il boit son urine, mange des matières qu'il vient de vomir.

Au point de vue organique, on note une dysarthrie intense, spontanée comme aux mots d'épreuve, un léger tremblement de la langue, des doigts, des muscles péri-buccaux.

A l'entrée on trouvait une hémiparésie droite avec Babinski légèrement positif, exagération du reflexe radial et du reflexe patellaire de ce côté ; tous ces signes ont disparu après trois jours

passés dans le service. Il n'y a pas de dysmétrie, pas de flexibilité, pas de courbature des membres, les mouvements diadacocinésiques sont passables, on note un peu d'hyperesthésie plantaire.

Le malade n'accuse pas de douleurs polynévritiques spontanées et la pression des masses musculaires n'est pas douloureuse. Dans la région occipitale-temporale gauche, cicatrice longue de 2 cm., large de 5 cm., très peu déprimée et dont la percussion légère n'éveille pas de douleurs.

Les dents sont gâtées mais sans liséré saturnin.

L'examen oculaire (docteur Darrieux) montre un Argyll-Robertson bilatéral net, avec un photo-moteur presque nul, des réflexes à la convergence conservée, des pupilles en myosis, la pupille gauche étant déformée. Le champ visuel ne peut être examiné à cause de l'état mental du malade. Au fond d'œil, légère décoloration temporale des papilles.

La pression artérielle n'est pas augmentée (13 maxima) et (9 minima) au Pachon, le pouls est à 90 environ, les artères périphériques, ne sont pas sclérosées. Les urines ne contiennent rien d'anormal.

Durant son séjour, l'état mental du malade s'est aggravé : son agitation nocturne est devenue plus importante, il a perdu du poids quoique mangeant avec gloutonnerie. Il comprend moins facilement les ordres simples. Sa parole est devenue bredouillante. Cette aggravation a coïncidé avec un traitement spécifique entrepris au début avec du sulfarsénol sous-cutané alternant chaque jour avec des injections bismuthées, puis continué seul à raison de 0 gr. 30 trois fois par semaine.

Quatre ponctions lombaires ont été faites chez ce malade. La première à l'hôpital Beaujon, la seconde à l'entrée dans le Service, la troisième 15 jours après la réactivation par 0 gr. 60 de sulfarsénol. Les résultats de la quatrième ponction faite après 6 gr. de sulfarsénol et 1 gr. 50 de bismuth ont pu être vérifiés en outre grâce à l'obligeance de M. Jude, par M. Rubinstein, au laboratoire du Val de Grâce.

Nous avons fait effectuer des vérifications parce que M. Toulouse, à la dernière séance de la *Société clinique de médecine mentale* avait réclamé lui-même un contrôle par deux laboratoires

différents, dans les cas où l'examen du L. C. R. donne des résultats qui semblent paradoxaux au point de vue clinique. Les résultats cytologiques ont de même été vérifiés par plusieurs médecins. Le sang a été également analysé plusieurs fois en vue de la réaction de Wassermann et floculation.

L'albumine a varié de 0 gr. 22 à l'entrée à 0 gr. 30 après réactivation pour tomber à 0 gr. après le traitement.

Lymphocytose à la cellule de Nageotte. A l'entrée 0 gr. 15, après la réactivation 1 gr. 5 et après le traitement.

La réaction de Bordet-Wassermann a toujours été négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien ainsi que la réaction de floculation. Benjoin colloïdal positif puis négatif.

Après avoir éliminé comme cause étiologique le saturnisme, le traumatisme crânien et l'alcoolisme, M. DUPOUY considère qu'il y a plusieurs raisons de faire jouer ici un rôle à la syphilis et dit pour conclure :

« Sans vouloir conclure de façon formelle, nous indiquerons seulement en terminant que si complexe qu'il puisse paraître, rien dans ce cas n'est incompatible avec la Paralyse Générale. Les signes cliniques d'une Paralyse Générale, et « démentielle » selon l'ancienne dénomination y sont au complet. Et quant au syndrome humoral nous noterons que dans une thèse récente sur ce sujet M. TARGOWLA a rangé dans la P. G. avec syndrome humoral atténué des cas qui diffèrent du nôtre en ce sens qu'ils n'ont pas offert comme lui un début brusque et une évolution rapide, mais qui, au point de vue du liquide céphalo-rachidien s'en rapprochent beaucoup ».

M. H. CLAUDE, après avoir discuté l'observation du malade de M. DUPOUY ajouta qu'il fallait faire certaines réserves, du moins jusqu'à l'autopsie et à l'examen his-

tologique lorsqu'on aura observé un syndrome clinique de P. G. et qu'il n'y aura pas de modifications humorales. « Ce n'est qu'en s'appuyant sur une triple constatation : biologique, clinique et histologique qu'on pourra proclamer qu'il y a des cas de Paralyse Générale sans altération du liquide céphalo-rachidien ».

C'est un cas de ce genre, observé au triple point de vue indiqué par M. CLAUDE, que nous allons rapporter dans le chapitre suivant.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATION V.

(Service de la clinique des maladies mentales)

P..., âgé de 47 ans, menuisier, entré à la clinique des maladies mentales le 26 mars 1925, venant d'un hôpital parisien où il avait été admis quelques jours auparavant. Il avait présenté des phénomènes d'excitation, avait cherché à s'échapper de chez lui, la nuit, criant que des cambrioleurs étaient à sa poursuite et allaient l'écharper.

A l'examen d'entrée dans le service, on note la persistance de cet état onirique. « P..., au cours de l'entretien, veut écraser les bêtes qu'il voit sur le parquet ».

Le malade est désorienté et dysmnésique, incapable d'indiquer l'année actuelle et le lieu où il se trouve, incapable de répondre correctement à la plupart des questions, d'accomplir des opérations intellectuelles les plus élémentaires.

Inaffectif et indifférent, n'exprime pas de délire, sauf quelques idées de persécution sans consistance.

Vol et écho de la pensée.

Conscience partielle de l'état morbide et en particulier des troubles dysmnésiques.

La parole spontanée révèle une évidente dysarthrie.

A l'examen physique, on note un tremblement très marqué des extrémités. Les pupilles, légèrement inégales, réagissent paresseusement à la lumière.

Les réflexes tendineux sont très vifs mais égaux.

Clonus bilatéral du pied. Pas de Babinski.

Démarche un peu incoordonnée. Station debout un peu difficile.

Foie petit, gâtisme, tuberculose pulmonaire.

Les renseignements suivants sont fournis par la femme du malade :

« P... s'est marié il y a cinq ans, en 1920. Il était alors très « bien portant. En 1922, il commence à se plaindre des jambes et « à marcher avec difficulté. Progressivement ces troubles s'accroissent, la marche devient de plus en plus difficile et depuis trois mois, P... est à peu près confiné au lit. »

« Les troubles mentaux déjà anciens eux aussi, auraient débuté il y a deux ans environ, par des idées délirantes assez incohérentes, mais où dominaient des idées de persécution, de mécanisme inter-prétatif. P... déclarait qu'on le suivait, qu'on l'espionnait. Il avait des craintes d'empoisonnement et refusait parfois des aliments. Pendant la nuit, fréquents cauchemars, pas de zoopsies. Pas d'alcoolisme avoué. Il ne prenait jamais d'apéritifs. Pas de vin. Il aimait mieux le lait ».

D'une façon générale le malade n'était ni violent ni jaloux.

Durant les premiers jours de son hospitalisation, on remarque la persistance des phénomènes oniriques. Hallucinations de la vue et de l'ouïe. Dialogue avec sa femme dont il entend la voix l'appeler au secours. Cherche à se lever pour aller à son aide. Fabulation. P... déclare qu'il arrive du commissariat avec sa femme, que le commissaire est dans le corridor.

Une ponction lombaire pratiquée le 10 avril 1925 donne les résultats suivants : .

Cytologie : 1 gr. 8 éléments (lymphocytes) par mm³ à la cellule de Nageotte.

Albumine : 0 gr. 20.

Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

En raison des signes cliniques, tant mentaux que physiques, imposant presque le diagnostic de paralysie générale avec accidents d'origine toxique surajoutés, on pense devant les résultats négatifs de cet examen du liquide céphalo-rachidien à une erreur possible du laboratoire. Une nouvelle ponction lombaire est pratiquée le

24 avril 1925. Elle donne des résultats exactement semblables à ceux de la précédente.

Cytologie : 0 gr. 8 (lymphocytes) par mm³ à la cellule de Nageotte.

Albumine : 0 gr. 20.

Réaction de Wassermann : négative.

Réaction de Sandy : négative.

Réaction du benjoin colloïdal : totalement négative.

Examen oculaire (docteur Prieur) : asymétrie oculaire : OG plus bas que OD, légère inégalité pupillaire, OD plus petit que OG. Tendance à la mydriase ; réflexes photo-moteurs conservés. Secousses de nystagmus dans les positions latérales et extrêmes du regard.

Champ visuel normal.

Fond d'œil : pas de lésions des membranes profondes.

Pas de stase.

Veines dilatées et tortueuses.

Pendant les semaines suivantes, le déficit intellectuel augmente petit à petit. Les phénomènes oniriques persistent encore en mai. « Le malade voit sa femme tomber d'un clocher ; a des conversations avec d'invisibles interlocuteurs. »

Cet onirisme présente des périodes de sédation relative, coupée de paroxysmes.

Aprosexie. Indifférence et incurie. Désorientation de plus en plus marquée.

Ecriture tremblée, incertaine. Dysarthrie très accentuée.

L'état physique du malade décline assez rapidement par suite des progrès de la tuberculose pulmonaire et il meurt cachectique le 22 octobre 1925.

Examen anatomique. — Les différents viscères ne présentent pas autre chose de notable qu'une tuberculose pulmonaire bilatérale.

Les méninges cérébrales montrent un épaississement de la pie-mère étendu à la totalité des hémisphères cérébraux.

A la coupe, les ventricules cérébraux apparaissent légèrement dilatés. Sur leurs parois sont disséminées de nombreuses granulations épendymaires.

Au niveau du quatrième ventricule ces granulations sont particulièrement abondantes.

Le parenchyme, d'une façon générale, est assez fortement hyperhémie.

Pas d'atrophie nette des circonvolutions.

Rien de particulier, macroscopiquement, du côté du cervelet, du pédoncule cérébral et de la moelle épinière.

Histologiquement, on observe les lésions classiques de la paralysie générale. A noter que les phénomènes inflammatoires sont relativement peu accentués. L'infiltration de la pie-mère et des gaines périvasculaires par les cellules rondes est très modérée.

En revanche, les lésions plus proprement dégénératives sont extrêmement marquées.

Les figures de satellitose et de neuronophagie sont très nombreuses et très serrées.

Les cellules en bâtonnets sont très abondantes et le réseau myélinique d'Exner a presque totalement disparu.

La réaction névroglique est également forte et les granulations sous-épendymaires foisonnent sous les parois des ventricules latéraux et dans le quatrième ventricule.

Les divers cordons médullaires sont normaux.

Pas de lésions de tabès.

Il ne nous semble pas que l'observation clinique d'un tel malade puisse être par trop discutée. Ne présente-t-il pas en effet trois principaux signes de la paralysie générale.

Affaiblissement intellectuel. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire. Le malade présente en outre un tremblement très marqué, une écriture tremblée et incertaine, des réflexes tendineux vifs, qui font partie du tableau classique de la paralysie générale.

Pourquoi les résultats du laboratoire ne sont-ils pas venus confirmer ce diagnostic clinique ?

Deux examens répétés à 15 jours d'intervalle nous ont donné les mêmes résultats. Et c'est à l'étude anatomo-pathologique du cerveau que nous avons vu confirmer le diagnostic de paralysie générale porté dès le début sur ce malade.

On peut noter l'épaississement de la pie-mère étendu à la totalité des hémisphères cérébraux. « Quand on ouvre le crâne, écrit Régis, le cerveau paraît plus ou moins dissimulé par une pie-mère devenue opaque, blanchâtre. Cet épaississement et cette opacité sont dus à l'infiltration par un grand nombre de cellules rondes, qui engainent et séparent les vaisseaux à la prolifération des fibrilles conjonctives et une exsudation liquide séreuse. Pactet et Bonhomme ont montré que chez certains sujets morts après une longue évolution, la pie-mère sclérosée pouvait atteindre une épaisseur de plusieurs millimètres.

Sur le cerveau de notre malade, nous avons constaté que ces phénomènes inflammatoires étaient relativement peu accentués ; que l'infiltration de la pie-mère et des gâines périvasculaires était discrète. Ceci n'avait pas lieu d'étonner. Ce symptôme appartient bien à la méningo-encéphalite spécifique, puisqu'il révèle en général un processus spécifique à évolution lente. Or, par suite de l'infection surajoutée et sa progression vers la cachexie, l'évolution de la maladie, chez ce malade a été somme toute assez rapide et la brièveté du processus explique très facilement la modération des phénomènes inflammatoires, ainsi d'ailleurs que le peu d'atrophie des circonvolutions cérébrales. Il est probable que si la lésion avait eu le temps d'évoluer, l'atrophie cérébrale aurait été plus intense, puisque les images de destruction des éléments nobles sont particulièrement abondantes dans les préparations (figures de satellitose et de neuronophagie).

L'élargissement des ventricules assez peu marqué, autre résultat de l'atrophie cérébrale et autre résultat de la courte évolution de la maladie.

Les granulations épendymaires sur les parois des ventricules latéraux et en particulier sur le quatrième ventricule, granulations découvertes par Bayle, qui donnent à cette surface épendymaire l'aspect « langue de chat » lésion si caractéristique de la paralysie générale dite maladie de Bayle, du nom du premier observateur qui le signala, sont sur le cerveau de notre malade particulièrement abondantes. Remarquons aussi l'abondance des cellules en bâtonnets bien décrites par Nissl et Alzheimer, à noyau allongé et à peine couvert de protoplasma aux deux extrémités seulement,

cellules qui seraient presque pathognomiques de la paralysie générale pure (Régis).

Remarquons enfin la disparition du réseau myélinique d'Exner qui est également un signe très anciennement observé dans la paralysie générale, grâce à la méthode de Weigert.

Nous nous trouvons donc bien en présence du cerveau d'un paralytique général syphilitique.

Avant de terminer ce chapitre, nous allons relater un dernier fait à l'appui de notre thèse :

Au moment où nous préparions ce travail, il nous fut signalé que le 17 juin 1929, MM. COMBEMALE et NAYRAC avaient traité à la réunion médico-chirurgicale des Hôpitaux de Lille le sujet suivant : *Réactions biologiques négatives chez un paralytique général avec contrôle anatomique*. M. COMBEMALE a bien voulu nous écrire à ce sujet « Je n'ai pas publié en détail cette observation complète puisqu'il y a eu des réactions biologiques négatives dans le liquide céphalo-rachidien : Cytologie négative, Albumine négative. Bordet-Wassermann négatif. Vernes négatif, chez une malade mentalement atteinte de démence profonde paraissant paralytique tout d'abord et dont j'avais fait une démence vésanique chez une syphilitique à cause de la ponction lombaire.

L'examen histologique pratiqué par mon collègue, M. NAYRAC a permis de faire le diagnostic anatomique de Paralysie Générale ».

Nous remercions M. COMBEMALE de l'amabilité avec laquelle il a bien voulu nous répondre. Le temps nous a manqué pour lui demander les renseignements complé-

mentaires qu'il voulait bien nous offrir. Nous espérons qu'il publiera un jour, cette observation et qu'elle viendra confirmer l'opinion que nous émettons dans ce travail.

TROISIÈME PARTIE

Il existe donc bien des Paralysies Générales qui ont un syndrome clinique évident et un syndrome humoral négatif. Nous venons d'en fournir une preuve dans notre précédent chapitre.

Que doit-on faire en présence de tels cas ? Doit-on traiter ces malades comme de véritables paralytiques généraux ?

C'est le problème qui fut posé et résolu par l'affirmative dans l'observation que nous allons rapporter maintenant et les auteurs ne peuvent que se féliciter du résultat obtenu.

OBSERVATION VI

(Service de la Clinique des maladies mentales)

La malade L..., femme G..., entre dans le service de la clinique mentale le 2 octobre 1929, venant du service de M. le docteur Trénel.

Le dossier porte les certificats suivants :

10 septembre. — Obnubilation des facultés intellectuelles avec désorientation ; inconscience de sa situation, perte de l'auto-critique, troubles de la mémoire, troubles parétoataxiques, psoriasis (docteur Mignot).

10 septembre. — Paralyse générale, désorientation, erreur sur

son âge, s'est mariée l'année de sa naissance, pas d'idées délirantes décelables, inertie, tremblement, dysarthrie, anisocorie (mydriase gauche), réactions pupillaires bonnes, hyperréflexivité tendineuse, psoriasis (docteur Dublineau).

11 septembre. — Paralyse générale, démence, désorientation, turbulence, psoriasis (docteur Trénel).

24 septembre. — Alcoolisme chronique, état démentiel de forme amnésique comportement analogue à la paralysie générale avec paresse pupillaire, spasmodicité généralisée, dysarthrie, psoriasis généralisé.

Réactions humorales totalement négatives.

Albumine : 0 gr. 20.

Réaction de Sandy : négative.

Réaction de Weischbrodt : négative.

Leucocytose : 1 gr. 2 par mm³.

Benjoin : 00000.02200.000.

Bordet-Wassermann : négative. (Docteur Trénel).

La malade est calme mais présente une grosse obnubilation des facultés intellectuelles. Donne son nom de jeune fille, mais ne peut pas donner son nom de femme bien qu'elle reconnaisse être mariée et sache le nom de son mari.

Erreur grossière sur son âge : 32 au lieu de 45. Elle ne peut donner la date ni le millésime de sa naissance. A toutes les questions elle répond : Je ne sais pas. Elle sait qu'elle est à l'hôpital mais ne peut en dire le nom. Je suis à l'hôpital comme tout le monde. Elle est indifférente sans euphorie, elle ne parle que lorsqu'on la sollicite.

Se trompe dans les opérations :

$8+4=12$ $12-4=16$ $29+3=14$ $3+2$ ça fait 3 et 2.

Elle dit prendre seulement un litre et demi de vin par jour avec son mari. Elle aurait présenté des signes d'imprégnation ; elle a eu des crampes dans les jambes, des cauchemars (vision de meurtre). Elle a fait deux séjours à la Salpêtrière « où elle voyait toujours des fils ».

A l'examen physique, elle présente des ecchymoses thoraciques, du psoriasis, une escarre. Gâtisme.

Les réflexes tendineux sont vifs ; il y a des tremblements des

maines et de la langue, mais pas de dysarthrie nette : quelques achoppements dans les mots d'épreuve.

Pupilles égales, régulières, l'accommodation se fait normalement. Tension artérielle 16-9.

Renseignements donnés par le mari :

La malade aurait eu à 16 ans une chorée qui aurait duré trois mois et depuis trois ans elle a des céphalées fréquentes.

La malade a fait deux séjours de huit jours à la Salpêtrière en 1924 et 1929 (docteurs Crouzon et Vurpas). Elle présentait un état onirique : oiseaux, régiments avec musique militaire, visions zoopsiques, poule noire et blanche, beaucoup de fils, état s'accompagnant d'excitation et d'anxiété. Au bout de deux jours cet état s'était liquidé.

Excès éthylique : 2 litres à 2 litres $\frac{1}{2}$ de vin avec son mari à chaque repas. Elle ne paraissait jamais ivre et le mari ne pense pas qu'elle buvait en cachette.

Elle présente du psoriasis depuis 1924, traitée par le docteur Louste en juin-juillet 1929 par des piqûres. A la suite de ces piqûres, les pieds de la malade auraient enflé et le psoriasis aurait beaucoup diminué.

Début de l'état actuel par ivresse, vomissements, titubation, gâtisme par intervalle, négligences de la tenue, désintérêt (la malade laisse brûler le linge et la cuisine, elle sort le matin pour acheter du vin.

Pas d'enfants, pas de fausses couches, ménopause il y a trois ans. Le mari est un alcoolique exhubérant, euphorique, au teint coloré dyspnéique et présentant une obésité considérable : 142 kilos. Il a l'haleine vineuse, des sueurs, du tremblement des extrémités.

Ses pupilles sont inégales, un peu contractées ; elles réagissent bien à la lumière.

Il présente une leucoplasie buccale et jugale considérable et de l'eczéma de la verge et du scrotum.

Il a une orchite depuis 1914. A cette date le Bordet-Wassermann était négatif dans le sang.

Le testicule gauche est un peu gros et douloureux mais pas dur.

Le 11 octobre, une réaction de Wassermann est positive dans le sang du mari.

Devant les renseignements du mari et l'état de la malade, on pense de nouveau à la paralysie générale et un nouvel examen de laboratoire est pratiqué le 19 octobre 1929.

Cytologie : 0 gr. 8 éléments par mm³.

Albumine : 0 gr. 20.

Réaction de Pandy : négative.

Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang : négative.

L'examen ophtalmologique pratiqué par le docteur Dubar donne les résultats suivants :

Fentes palpébrales égales. Paralysie de la convergence.

Pupilles égales, paresseuses. Pas de lésion ophtalmoscopique.

Artère rétinienne basse.

Le 6 novembre 1929, la malade est dans le même état. Calme. Ne peut donner la date de sa naissance. Pense que nous sommes au mois d'août 1929.

Son état physique reste précaire. La malade a reçu à ce jour 12 injections de Stovarsol. Dans la soirée la malade est impaludée.

Le 16 novembre, elle fait un premier accès à 39°5.

Le 18, un deuxième à 40°4.

Le 20, un troisième à 40°5.

Le 21, 39°4.

Le 22, on donne 1 gr. de quinine et la température tombe.

Le 12 décembre, la malade peut donner la date exacte, son âge et la date de sa naissance. Mon mari s'appelle G... (elle donne le nom exact).

Comment s'appelle cet hôpital ? Sainte-Anne.

7 fois 8 = 42, 27+5=32, 27-5=22.

Dysarthrie assez nette aux mots d'épreuve. Pupilles égales, réagissant à la lumière. En somme même état.

Le 22 mars, elle donne la date de sa naissance : 18 janvier 1884. Elle était brodeuse, son mari est chef d'équipe au chauffage central, dit que sa belle-mère est à sa charge et a 75 ans. Elle est de Clermont (Meuse), habite Paris depuis l'âge de 23 ans.

Dit qu'elle lit. Sait qu'il y a des inondations à Montauban, dans

le Tarn. Cause : chutes de neige. Reconnaît que les piqûres lui font du bien. Sait qu'elle a été très malade.

Elle a quitté le service de la clinique des maladies mentales le 7 avril avec le certificat suivant :

A présenté un syndrome clinique de paralysie générale. Aucun signe humoral. Antécédents éthyliques certains. Spécificité chez le mari. Amélioration considérable par l'impaludation. Dysarthrie et léger déficit intellectuel persistant. Comportement et activité permettant de la rendre à son mari qui s'engage à lui assurer les soins nécessaires. (Docteur Meignant).

Si nous analysons l'observation de cette maladie, nous sommes frappés par ce fait que les deux premiers certificats concluent nettement à une Paralysie Générale et que ce diagnostic ne fut plus maintenu le jour où le laboratoire donna un résultat négatif dans l'analyse du liquide céphalo-rachidien.

Si la malade a présenté pendant deux séjours de huit jours chacun des troubles d'origine éthylique, aucun d'eux n'est mentionné et n'a pu être constaté pendant son séjour dans le service où la malade n'a présenté que des signes classiques de la Paralysie Générale : affaiblissement intellectuel, dysarthrie, tremblements, réflexes tendineux vifs.

A l'examen physique, d'ailleurs, rien n'est à remarquer qui puisse faire songer à l'alcoolisme chronique. Pas de polynévrites. Pas de gros foie. Aucun signe d'insuffisance hépatique. Pas d'induration des artères périphériques. Seuls les renseignements fournis par le mari, alcoolique exhubérant, euphorique, nous ont renseignés sur les soi-disant accès éthyliques de la malade.

Autrement plus certains étaient pour nous les signes

d'imprégnation syphilitique du mari qui a d'ailleurs présenté une réaction de Bordet-Wassermann positive pendant le séjour de sa femme à la clinique. Et c'est cette certitude qui a conduit les médecins à traiter cette malade comme une paralytique générale avérée. La réussite du traitement ne pouvait leur fournir une meilleure preuve que le diagnostic de P. G. était bien celui qu'il fallait poser.

CONCLUSIONS

1° A côté des Paralysies Générales classiques dans lesquelles le syndrome humoral correspond au syndrome psychique, il existe des Paralysies Générales légitimes dans lesquelles le syndrome humoral est réduit au minimum ou même absent, alors que les signes mentaux et l'histologie pathologique peuvent nous permettre d'affirmer la Paralyse Générale.

2° Il nous paraît que les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien ne sont pas un critère absolu pour le diagnostic des Paralysies Générales syphilitiques, la négativité de ces réactions biologiques soit le fait d'une rémission ou qu'elle soit réelle pendant toute la durée de la maladie (fait qui nous semble actuellement démontré) nous estimons que le praticien doit y songer avant de formuler un autre diagnostic.

3° En l'absence de toute autre étiologie, et même s'il n'a pu se faire une opinion sur une imprégnation syphilitique du malade, le praticien doit traiter ces maladies comme des Paralysies Générales avérées, en particulier par la malariathérapie.

Et si tant est qu'il puisse y avoir encore des auteurs

ne voulant pas reconnaître l'étiologie syphilitique de la maladie de BAYLE, pourquoi ne pas impaluder ces malades à l'aide de souches non syphilitiques, et telles qu'on a pu les employer dans certains services dans des cas de démence précoce. A ce titre, et conduit moyennant toutes les garanties physiques indispensables à un tel traitement, nous ne pensons pas que la malariathérapie ne puisse apporter aux malades ainsi traités, non pas la guérison absolue, mais une amélioration réelle.

Vu : *Le Doyen,*

ROGER.

Vu : *Le Président de thèse,*

CLAUDE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD et DEMANGE. — *Société de Neurologie*, 9 novembre 1906.

ACHARD et GRENET. — *Revue Neurologique*, 30 mars 1903.

BALLET (Gilbert). — *Journal de Médecine et de Chimie pratique*, 1910.

COMBEMALE et NAYRAC (P.). — *Réactions biologiques négatives chez une paralytique générale avec contrôle anatomique*. (Réunion médico-chirurgicale des Hôpitaux de Lille. Séance du 17 juin 1929).

CLAUDE (Henri). — *Centenaire de la Thèse de Bayle*. Discussion du rapport de M. Pactet. Tome II.

— *Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, mars 1924.

CUEL (J.). — *A propos d'un état démentiel avec idées de négation diagnostique*. P. G. *Réactions humo-
rales négatives*. *Bulletin de la Société clinique
de Médecine Mentale*, 17 décembre 1923.

DEDIEU (Anglade). — *Les Paralysies Générales sans
méningite*. Thèse Bordeaux, 1924-25.

DESPOINT et PACTET. — *Syndrome paralytique sans réactions humorales*. Bulletin de la Société clinique de Médecine Mentale.

DUPOUY (Roger). — *Société de Psychiatrie Encéphale*, 12 janvier 1913.

DUPOUY (Roger), SCHIFF (Paul) et RÉQUIN (Jeanne). — *Syndrome paralytique très accusé avec syndrome humoral au minimum*. Bulletin Société Clinique de Médecine Mentale, mars 1924.

GUIRAUD. — *Polymorphisme de la syphilis encéphalique*. Annales Médico-Psychologiques. Octobre 1925.

HAGUENAU. — *Le syndrome humoral de la Paralysie Générale*. Thèse Paris, 1920-21, n° 32.

PACTET et BONHOMME. — *Paralysie Générale progressive*. (in traité Sergent). Maloine, Editeur.

RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie* (in collection Testut).

SERIN (M^{lle}) (Service de M. COLIN). — *Syndrome paralytique sans réactions humorales*. (Bulletin Société Clinique de Médecine mentale), 18 février 1924.

SICARD. — *Centenaire de la Thèse de Bayle*. Discussion du rapport de M. Pactet. Tome II.

TARGOWLA. — *Le syndrome humoral de la Paralysie Générale. Ses modalités. Sa valeur sémiologique*. Thèse Paris, 1922.

IMPRIMERIE A. OLIVIER (M. CARON, Directeur)

34, Rue Demolombe, Caen



